

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ
প্রশাসন-১ অধিশাখা
বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা

নং-৪৫.১৩৭.১০৩.০১.০০.০০১.২০১৮-১১৯৫

তারিখঃ ০৪ সেপ্টেম্বর ২০১৮ খ্রিঃ
২০ ভাদ্র ১৪২৫ বঙ্গাব্দ

বিষয়ঃ অতিরিক্ত সচিব, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ শেখ মুজিবুর রহমান ও তাঁর পরিবারের সদস্য এর পাসপোর্ট পুনঃপ্রদান
(Reissue) করার আবেদন অগ্রায়ন

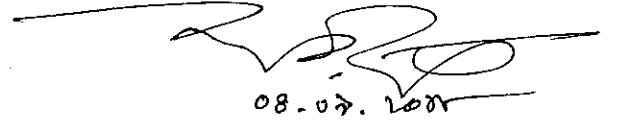
উপর্যুক্ত বিষয়ে জানানো যাচ্ছে যে, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগের অতিরিক্ত সচিব শেখ মুজিবুর রহমান ও তাঁর পরিবারের সদস্য এর পাসপোর্ট পুনঃপ্রদান (Reissue) করার জন্য আবেদন করেছেন।

০২। এমতাবস্থায়, এতদসংক্রান্ত কাগজপত্রাদি পরবর্তী প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য নির্দেশক্রমে সুপারিশসহ অগ্রায়ন করা হল।

নামঃ
১। ফাহিম তাজওয়ার

সম্পর্ক
পুত্র

সংযুক্তঃ বর্ণনামতে



০৪.০৯.১৮
(এ.জেড.এম. শারজিল হাসান)
উপসচিব

ফোনঃ ৯৫৭৭৯৮৫
sasadmin1@mohfw.gov.bd

উপপরিচালক,
আঞ্চলিক পাসপোর্ট অফিস,
বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা

অনুলিপিঃ

- ১। শেখ মুজিবুর রহমান, অতিরিক্ত সচিব, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়।
- ২। সিস্টেম এনালিস্ট, কম্পিউটার সেল, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় (ওয়েব সাইটে প্রকাশের অনুরোধসহ)।



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
বহিরাগমন ও পাসপোর্ট অধিদপ্তর
তথ্য পরিবর্তন/সংশোধন আবেদন ফর্ম

ডি. আই. পি ফর্ম-২ (বিনামূল্যে প্রাপ্য)

Information Alteration/Correction Application Form

এ ফর্মটি কেবলমাত্র মেয়াদ উত্তীর্ণ হয়নি, এরূপ পাসপোর্টে প্রদর্শিত তথ্য পরিবর্তন/মুদ্রণজনিত ভুল সংশোধন সংক্রান্তে ব্যবহৃত হবে।

This form will be used only to change shown information rectify printing errors of the valid passport.

নির্দেশনা : ফর্মটি ইংরেজিতে (CAPITAL LETTERS) পূরণ করুন এবং অনুমোদনপূর্বক আপনার আবেদনের সমর্থনে উপযুক্ত প্রমাণাদি সংযুক্ত করুন।

Instruction : Please fill up the form in ENGLISH (CAPITAL LETTERS) and attach relevant papers in favour of your application.

আঞ্চলিক পাসপোর্ট অফিস/মিশনের নাম Name of Regional Passport Office/Mission		পাসপোর্ট বিতরণের প্রকৃতি Type of delivery	
BANGLADESH SECRETARIAT, DHAKA		☒ সাধারণ Regular ☐ জরুরী Express	
আবেদনকারীর নাম (বাংলায়) Name of Applicant (In Bangla)	ফাহিম তাজওয়ার		
আবেদনকারীর নাম (ইংরেজীতে) Name of Applicant (In English)	FAHIM TAJWAR		
গৃহীত পাসপোর্টের তথ্য Received Passport's Details			
পাসপোর্ট নম্বর Passport No.	ইস্যুর স্থান ও তারিখ Place & Date of Issue		
BA0888447	DIP/DHAKA		
মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ Date of Expiry	তারিখ Date		
12042019	13042014		
ফি প্রদান সংক্রান্ত তথ্য Payment of Fees			
ফি'র পরিমাণ (৳/US\$) Amount of Fee (৳/US\$)			
ব্যাংক/মিশনের নাম Bank/Mission			
শাখা Branch			
রসিদ নং Receipt No.			
তারিখ Date			

চাহিত সংশোধন Required Correction

পাসপোর্টে বর্তমানে প্রদর্শিত তথ্য Information presently shown in the passport	পরিবর্তিত/সংশোধিত তথ্য Changed/Corrected information
Address: CHIEF EXECUTIVE OFFICER,	ADDITIONAL SECRETARY,
ZILA PARISAD, G.P.O. RAJPARA,	HEALTH SERVICES DIVISION,
RAJSHAHI	MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE
	BANGLADESH SECRETARIAT, DHAKA

তারিখ
Date

Fahim Tajwar

আবেদনকারীর/অভিভাবকের (আবেদনকারী প্রাপ্তবয়স্ক হলে) স্বাক্ষর
Applicant's/Guardian's (if the applicant is a minor) Signature

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED



আফিসের বানবাতার জন্য Not Official Use

১. তথ্য সংগ্রহকারী (অপারেটর) এর নাম		আইডি		স্বাক্ষর	
২. আবেদন গ্রহণকারী অফিসারের নাম		আইডি		স্বাক্ষর	
৩. পাসপোর্ট ইস্যু/অনুমোদনকারী কর্মকর্তার নাম		আইডি		স্বাক্ষর	
৪. ইস্যুকৃত পাসপোর্ট নম্বর		তারিখ			
৫. পাসপোর্ট ইস্যুকারী অফিসারের নাম		আইডি		স্বাক্ষর	
৬. আবেদনকারীর পাসপোর্ট গ্রহণের তারিখ				স্বাক্ষর	